



Transitional Assistance

# *Bienvenido a la Orientación para Ayuda General*



[www.SBCounty.gov](http://www.SBCounty.gov)

## Durante su entrevista de su solicitud, el Trabajador de Elegibilidad (EW) va:

- **Contestar cualquier pregunta que usted pueda tener con relación a GR**
- **Explicar los requisitos de GR adicionales basados en su caso específico, si es necesario**
- **Completar el papeleo de la solicitud**
- **Programar una cita de regreso o una fecha límite para proporcionar la documentación**



- El programa de Ayuda General (GR) esta diseñado para proporcionar alivio y apoyo a adultos que no son apoyados por otros medios
- Los beneficios de GR es un *préstamo* y como tal deben ser reembolsados al Condado

## Los beneficios de GR se pagan al Condado de las siguientes maneras:

- Enviando los pagos a los Servicios Humanos (HS) Auditoría
- Reembolso de Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)
- Derecho de retención de bienes inmuebles



## Los solicitantes deben proporcionar:

- Tarjeta(s) de Seguro Social
- Verificación de Ciudadanía como:
  - Acta de Nacimiento, o
  - Verificación de Inmigración
- Verificación de residencia y la intención de permanecer en el Condado de San Bernardino
- Decreto de divorcio o verificación de separación legal (si aplicable)
- Verificación de gastos de vivienda y servicios públicos (si aplicable)
- Prueba de ingresos
- Verificación de la propiedad



**Los solicitantes de GR serán referidos para solicitar otras fuentes de ingresos/beneficios, cuando es aplicable.**

- **Cada solicitante tendrá la oportunidad de solicitar:**
  - CalFresh, y
  - Medi-Cal
- **Si es aplicable, los solicitantes serán referidos para solicitar:**
  - Beneficios del Seguro contra Desempleo (UIB)
  - Seguro del Estado por Incapacidad (SDI)
  - Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP),
  - Fondos de jubilación/pensión
  - Beneficios de la Administración para Veteranos (VA)

## Si usted es puede trabajar, usted debe:

- Registrarse con el Departamento de la Fuerza Laboral (WDD)
- Proporcionar 20 contactos por semana de búsqueda de trabajo



## Si usted esta incapacitado o no puede trabajar, usted debe:



- Proporcionar la verificación del doctor indicando que usted no puede trabajar físicamente o mentalmente
- Reunirse con el Abogado de Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)

## Usted *no* será elegible para GR si usted:

- Excede los requisitos de recursos
- Es un infractor de libertad condicional o vigilada
- Es un delincuente convicto o que huye condena
- A perdido un trabajo en los últimos 90 días debido a que renunció voluntariamente o algo dentro de su control
- Trabaja por cuenta propia (pequeños trabajos ocasionales no son necesariamente clasificados como trabaja por cuenta propia)
- Vive en viviendas de transición o centro de tratamiento
- Está asistiendo a la escuela y es empleable

- Los beneficios son enviados por cheque el 1<sup>o</sup> de cada mes
- La cantidad de beneficios dependen del tamaño de la Unidad de Asistencia (AU) y la aprobación de las siguientes necesidades:
  - **Alquilar**
  - **Servicios Públicos**
  - **Comida**
  - **Personales & Imprevistas**



- Un Reporte de Elegibilidad Mensual para Asistencia General (GR 7) es requerido para el 5° día de cada mes para determinar elegibilidad continua
- El formulario GR 7 debe estar completo para que sea procesado



**EL CONDADO DE SAN BERNARDINO**  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

**REPORTE DE ELEGIBILIDAD MENSUAL - Para Asistencia General** ESTE REPORTE ES PARA EL MES DE: \_\_\_\_\_

**Complete en tinta, firma, fecha y devuelva esta forma DESPUES del último día de: \_\_\_\_\_**

- Tiene que completar este reporte y devolvelo para el 5 del mes. Si este reporte no es recibido para el 11 del mes o esta incompleto, su Asistencia General puede ser retrasada, reducida o discontinuada.
- Si usted no **ADJUNTA** verificación de ingresos reportados, sus beneficios pueden ser discontinuados. Si usted no **ADJUNTA** verificación de gastos, sus beneficios pueden ser reducidos o discontinuados.
- Llame a su trabajador si necesita ayuda para llenar la forma. Adjunte otra hoja de papel si es necesario.

Número del Caso: \_\_\_\_\_  
TDD - Telephone Services For The Hearing Impaired  
TDD - Servicio de Teléfono para Sordos  
(909) 262-4702

**NOTA:** Si usted o su familia ya no quieren Asistencia General, marque esta casilla , declare la razón por cual ya no quiere recibir, llene la sección de firma y devuelva la forma para la fecha de vencimiento.

**1a. ¿Se cambió de domicilio o tiene nueva dirección de correo o número de teléfono?**  SI  NO  
Si contestó SI, complete lo siguiente y **ADJUNTE VERIFICACION:**

DIRECCION (numero, nombre calle o ave.)	CUIDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NUMERO DE TELEFONO
DIRECCION DE CORREOS (Si se diferencia)	CUIDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	NUMERO DE TELEFONO DE MENSAJE

**1b. ¿Esta sin hogar o se quedó sin hogar?**  SI  NO  
Comuníquese con su trabajadora inmediatamente para programar una cita.

**2. ¿Alguien se ha mudado a o afuera de su casa (incluyendo a un recién nacido), se casó, o murió, divorció/separó?**  SI  NO  
Si contestó SI, a cualquier cambio a las preguntas 1 o 2, dé el nombre de la persona, fecha de cambio, explique el cambio, anote su parentesco y **ADJUNTE VERIFICACION:**

**3. ¿Cuales son sus arreglos de viviendas?** Marque la caja(s) y **ADJUNTE VERIFICACION:**

- Pago renta y servicios públicos juntos
- Pago renta ó hipoteca
- Pago utilidades ó servicios públicos
- Pago por cuarto (pago incluye comidas)
- No pago nada

**4. ¿RECIBIO USTED INGRESOS, DINERO, O BENEFICIOS EN EL MES,** como: sueldo, pagos de entrenamiento, crédito de impuestos por ingresos ganados, beneficios de huelga, seguro social, pensión de ferrocarril, seguro de desempleo/incapacidad, intereses, compensación del trabajador, SSI/SSP, manutención de menores/cónyuges, préstamos, beca, devolución de impuestos, efectivo, regalos, etc.?  SI  NO

Si contestó SI, complete la sección abajo. **ADJUNTE TALONES** o otra prueba de ingresos cada mes. **ADJUNTE VERIFICACION POR CUALQUIER OTRO INGRESO SOLO CUANDO INICIE O CUANDO CAMBIE.** Si alguien tiene empleo propio, anote gastos de negocio en una hoja separada y **ADJUNTE VERIFICACION** de los ingresos y gastos cada mes.

¿Quién Recibió Ingresos, Dinero o Beneficios?	Fuente (Si Ingresos, Anote Nombre del Patrón)	Anote cantidades y fechas actuales en que se recibió. Si ingresos, anote ingresos brutos antes de deducciones.					
		CANTIDAD \$	CANTIDAD \$	CANTIDAD \$	CANTIDAD \$	CANTIDAD \$	CANTIDAD \$
NOMBRE:		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
NOMBRE:		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA

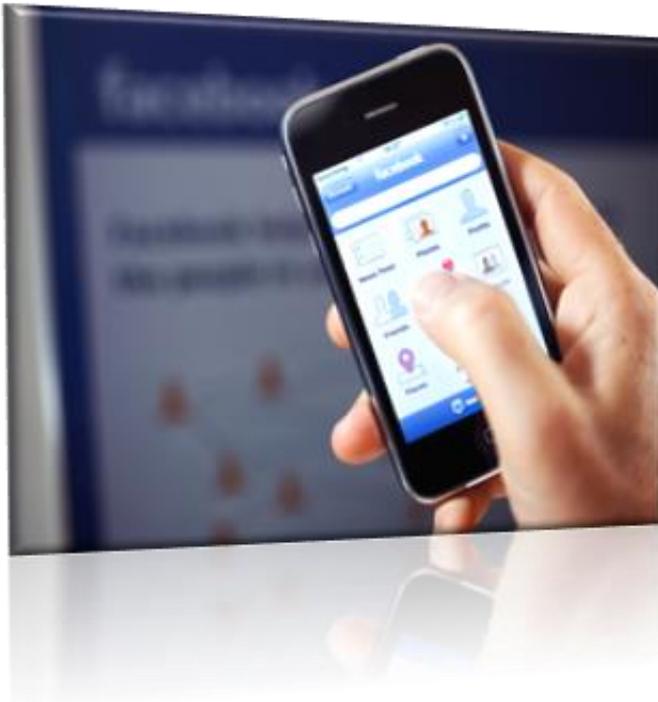
GR 7 (SP) (02/20)

PAGINA 1 DE 2

GR 7 (SP) (02/20)

PAGINA 2 DE 2

## Síguenos en **facebook** para obtener información sobre:



-  Ofertas de Trabajo/Feria de Empleo
-  Eventos de Ayuda Social
-  Recursos de la Comunidad
-  Recordatorios Cordiales
-  Preguntas y Respuestas Frecuentes
-  Alertas con Respecto a Beneficios



[WWW.FACEBOOK.COM/SBCOUNTYTAD](http://WWW.FACEBOOK.COM/SBCOUNTYTAD)

# Llame al 211

**Para servicios disponibles en la comunidad**



# Gracias

